FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 — 2e SÉRIE — N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES

Fistules salivaires de la Glande parotide

ET EN PARTICULIER

PAR LA RÉSECTION DU NERF AURICULO-TEMPORAL

THÈSE

Presentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marie-Jean-Maurice STAUB

Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 28 Mars 1892.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	WEISS	professeur...	*Président.*
	FROELICH	professeur...	*Juges.*
	MICHEL	agrégé.....	
	PERRIN	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIES A. HUMBLOT ET Cie
21, RUE SAINT-DIZIER, 21

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 — 2e SÉRIE — N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES

Fistules salivaires de la Glande parotide

ET EN PARTICULIER

PAR LA RÉSECTION DU NERF AURICULO-TEMPORAL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marie-Jean-Maurice STAUB

Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 28 Mars 1892.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
FROELICH	professeur...	*Juges.*
MICHEL	agrégé.....	*Juges.*
PERRIN	agrégé.....	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIES A HUMBLOT ET Cie
21, RUE SAINT-DIZIER, 21

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS O ✲, I ✪, NICOLAS, ✲, ✪, PRENANT, ✲, I ✪, F. GROSS, O ✲, I ✪, M. CHRÉTIEN, I ✪, HERRGOTT, ✲, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. E MEYER, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FROELICH, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. N.
Histologie	M N.
Anatomie descriptive	M. N.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrége.
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1)	M. N....
Clinique d'électrothérapie	M. N....

Agrégés en exercice

MM. MICHEL, I ✪
RICHON, ✲, I ✪.
G. GROSS, ✲, I ✪.
FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪.
COLLIN, I ✪.

MM. ROBERT, I ✪.
BUSQUET, I ✪.
LUCIEN, ✲, I ✪
BINET, I ✪.
PERRIN, I ✪.

MM. THIRY, ✲, I ✪.
FAIRISE, A ✪.
J. PARISOT, ✲, I ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, G O ✲, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. LAMBERT des CILLEULS, ✲, Ⓜ, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MA MERE BIEN AIMEE

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur WEISS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A M. le Professeur FRŒLICH

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. M. le Professeur agrégé MICHEL

CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

A M. le Professeur agrégé PERRIN

CHARGÉ DU COURS DE THÉRAPEUTIQUE

INTRODUCTION

La soutenance d'une thèse n'est pas seulement une consécration, un dernier examen donnant droit au diplôme de docteur en médecine, c'est aussi un adieu à la douce vie d'étudiant qui recommençait après la brutale interruption de la guerre. Au moment de quitter la Faculté de Médecine, le jeune homme sent qu'il va falloir agir seul, sans contrôle immédiat : Adieu l'insouciance studieuse des belles années d'étudiant, et c'est alors qu'un peu décontenancé à l'idée de la lutte qu'il va lui falloir entreprendre, il songe à ceux qui lui ont fait des ailes pour voler sous sa propre responsabilité.

Et il nous est donné aujourd'hui d'être ce jeune homme, qui au moment de prendre place parmi les ouvriers de la science, se souvient avec reconnaissance, des maîtres qui formèrent l'apprenti.

Notre reconnaissance se porte tout d'abord sur notre Président de Thèse, M. le Professeur Weiss. Nos premiers pas dans l'Hôpital civil furent pour faire un

remplacement d'externe dans sa clinique. Nous nous souvenons avec un vif plaisir du semestre que nous passâmes dans son service, comme externe-titulaire succédant dans la salle 3 à notre cher et regretté Roger Weiss, à la mémoire de qui nous adressons un fidèle souvenir.

Nous remercions bien sincèrement M. le Professeur agrégé Michel de tout ce qu'il fit pour nous : aussi bien pour notre instruction générale que pour cette thèse qu'il nous conseilla d'entreprendre, et dont il nous fournit l'échafaudage, par le précieux concours de ses observations et de ses conseils.

Nous remercions aussi M. le Professeur Frœlich et M. le Professeur agrégé Perrin qui voulurent bien accepter de juger notre thèse.

Il nous est impossible d'oublier tout ce que nous devons à M. le Doyen et MM. les Professeurs Simon et Perrin qui furent durant nos études les guides les plus précieux.

M. le Professeur Vautrin et M. le Docteur Heuilly ont bien voulu nous communiquer une très intéressante observation ; M. le Docteur Sabotier, lui aussi, nous donna deux observations inédites, nous les en remercions respectueusement.

Enfin, que tous mes maîtres et amis et surtout les Docteurs Hamant et Hanus, le Médecin-Major Jughon, et le docteur René Thiébaut, trouvent ici l'expression de mon amicale reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Le traitement des fistules salivaires de la glande parotide a préoccupé les chirurgiens depuis plusieurs siècles. Les procédés les plus variés ont été proposés et expérimentés, et en étudiant la question, il nous est apparu que, jusqu'en 1914, les moyens employés pour tarir les fistules salivaires n'étaient suivis le plus souvent que de rares succès.

La guerre, en élargissant le champ d'expérience des chirurgiens, en rassemblant dans des centres spéciaux les blessés atteints de lésions sensiblement identiques ou intéressant les mêmes organes, a permis d'améliorer de façon notable les anciens procédés employés et même d'en créer de nouveaux qui, au lieu des succès incertains d'autrefois, donnent maintenant des guérisons rapides et radicales.

Sur les conseils de nos maîtres éminents MM. les Professeurs Weiss et Gaston Michel, nous avons entrepris l'étude des divers traitements appliqués aux fistules salivaires de la glande parotide.

Notre thèse est une mise au point, une étude de procédés concurrents qui ont entraîné de chaudes discus-

sions relativement très récentes, puisque datant de la guerre.

Nous présenterons enfin les observations de plusieurs cas de traitement des fistules de la glande parotide par résection du nerf auriculo-temporal opérés par MM. les Professeurs Michel et Vautrin et les Docteurs Sabotier et Heuilly.

Nous commençons notre étude par quelques mots d'historique, question dès longtemps étudiée dans de nombreuses thèses antérieures à la guerre, mais nécessaire à l'enchaînement de notre sujet.

Autrefois, les cas de fistules salivaires étaient peu fréquents, les auteurs consultés ont échafaudé leurs méthodes sur les deux ou trois cas étudiés : les méthodes qu'ils ont conçues ne répondent souvent qu'à des cas particuliers dans lesquels la bénignité de la lésion a été le facteur indispensable à la guérison.

Souvent les fistules qui se seraient cicatrisées seules ont été les seules observations de succès à l'actif de certains procédés dont la simplesse semble dénuée de toute valeur thérapeutique.

Le plus souvent d'ailleurs, les fistules tenaces désespéraient nos anciens maîtres, et ce n'est que dans ces dernières années, que des chirurgiens comme M. Morestin, au Val-de-Grâce, MM. Leriche et Aigrot, ont pu par la multiplicité des cas traités, expérimenter, améliorer ou même créer des méthodes qui assurent désormais la guérison complète des fistules de la glande parotide.

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION

Tout traité de chirurgie nous apprend qu'une fistule salivaire est un canal anormal et permanent qui met en communication les voies salivaires et l'extérieur.

Sur l'ensemble des glandes salivaires, c'est la parotide et son canal qui donnent le maximum de fistules salivaires.

Nous passons sous silence l'anatomie et la physiologie générale de la glande parotide pour ne nous préoccuper que du traitement des fistules de cet organe, fistules que nous serons amenés à considérer suivant leur origine :

Fistules glandulaires ou parenchymateuses provenant d'un traumatisme lésant le tissu glandulaire.

Fistules du canal de Sténon, lorsque la plaie cause de la fistule intéresse le canal.

Nous avons déjà dit que les fistules des glandes salivaires avaient été étudiées depuis longtemps déjà.

En effet, Galien (131-201), cite un cas de fistule de la glande parotide qui était survenu à la suite de l'incision d'un abcès ; il s'écoulait d'un petit pertuis un liquide aqueux dont il ne s'explique pas l'origine.

Ambroise Paré (1517-1590) a observé un soldat victime d'un coup de sabre au visage et qui portait une fistule d'où s'échappait une grande quantité de liquide clair et légèrement visqueux, dont il ignore la nature.

F. d'Aquapendante a vu chez des blessés des joues des écoulements de liquide salivaire (d'où et comment sort-il, je n'en sais rien, dit-il, rien en vérité).

En 1660, Helvétius décrit une fistule du canal de Sténon dont l'anatomie venait d'être étudiée la même année, par Sténon. Il s'agit d'une blessure par coup de sabre qui aurait déterminé une plaie d'où s'écoule de la salive.

Jusqu'à ce moment, il n'est pas encore question d'un traitement sérieux. On commence à peine à connaître la sécrétion salivaire ; d'autre part, la pathogénie et l'étiologie des fistules salivaires donnent à envisager des cas multiples : traumatismes divers, coups de sabres ou d'armes blanches ; plus tard : plaies par armes à feu, plaies chirurgicales et incision d'abcès, extirpation de tumeurs et ulcérations de néoplasmes. Parfois c'est un corps étranger qui est en cause : calcul salivaire, arête de poisson pénétrant dans le canal de Sténon et amenant la perforation de la paroi.

Nous tirons toutes ces causes des fistules des travaux de Le Dran (1765).

L'histoire du traitement des fistules de la parotide est complexe. Les procédés varient suivant l'origine parenchymateuse ou canaliculaire de la fistule, suivant la grandeur de l'orifice et la quantité de liquide excrété par la fistule, liquide surtout abondant pen-

dant les repas et pouvant atteindre 200 grammes à chaque repas.

Si l'on veut faire une classification rationnelle des divers procédés de traitement des fistules salivaires, il faut dans les grandes lignes considérer trois tendances :

1° La méthode qui tend au rétablissement de la voie naturelle de la salive et qui se subdivise en quatre procédés :

a) La cautérisation simple ignée ou la cautérisation à l'aide de caustiques.

b) S'il s'agit d'une fistule du canal de Sténon : suture des bouts sectionnés du canal de Sténon.

c) Suture de l'orifice fistuleux.

d) Dilatation de la portion préfistuleuse du canal de Sténon.

2° Une autre méthode tend à la dérivation de la salive par fistulisation buccale.

a) Perforation simple de la joue au niveau de la fistule (procédé de De Roy) ;

b) Double perforation (procédé de De Guise) ;

c) Abouchement vestibulaire du bout postérieur du canal de Sténon (procédés de Langenbeck et Delore).

3° La troisième méthode agit physiologiquement : la fistule tarie se ferme seule. Pour tarir l'écoulement, on supprime purement et simplement la sécrétion salivaire, on y arrive par plusieurs procédés :

a) Par la compression prolongée de la glande (Desault).

b) Par la ligature du canal de Sténon (Viborg).

c) Par des injections irritantes (Laffosse et Mollière).

d) Par les méthodes nouvelles que nous étudierons spécialement et qui se subdivisent en :

a) Ablation totale de la glande (Gaudier) ;

b) Ablation du bloc fibreux et fistuleux (Morestin).

c) Résection du nerf sécréteur de la parotide (Leriche).

CHAPITRE PREMIER

Revue sommaire des anciens procédés en appliquant l'ordre chronologique

Parmi les plus anciens procédés, c'est la cautérisation qu'ont employée les premiers auteurs.

Ambroise Paré et d'Aquapendante ont guéri des malades par la simple application de caustiques.

Ces résultats restent forcément sujets à caution, il faut admettre que les succès précités concernaient des cas particulièrement favorables.

Cautérisation. — La cautérisation que nous employons encore de nos jours peut être superficielle ou profonde. Elle est superficielle si on veut arrêter la sécrétion en oblitérant l'entrée de la fistule ; on peut employer pour cela la pointe d'un thermocautère ou des caustiques, tels que, le nitrate d'argent ; mais ainsi que nous l'avons observé, ces procédés sont le plus souvent suivis d'échecs.

La cautérisation profonde a pour but de tarir la

sécrétion glandulaire dans le lobule qui alimente la fistule, on détruit ainsi tout le tissu glandulaire ; mais dans ces cas, sans tenir compte de la vilaine cicatrice qui résulte de cette intervention, il faut s'assurer que le reste de la salive sécrétée par les autres lobules de la glande s'élimine bien par le canal de Sténon. Il faudra donc, avant d'intervenir, vérifier la perméabilité de ce canal.

Fabricius, Hildanus et Boyer, ont également guéri des cas de fistules par les caustiques. Martin a appliqué avec succès la cautérisation ignée ; mais le plus souvent la cautérisation ne suffit pas à elle seule à tarir la fistule, il faut lui adjoindre la compression localisée à l'embouchure de la fistule, non pour obtenir l'atrophie de la glande, procédé que nous étudierons plus tard, mais pour faire obstacle à la salive qui doit ainsi pendant que la fistule se cicatrice, s'épancher par le canal de Sténon ; il est évident dans ce cas qu'il est nécessaire que le canal soit perméable.

Mais si on a pu enregistrer des résultats, comme de nos jours M. Louis le proclame, il n'en est pas moins vrai qu'on ne peut considérer la cautérisation que comme un procédé d'essai souvent infidèle et qui, uni à la compression, devient très douloureux et peut former des kystes ou des infiltrations salivaires ; enfin, ils ne peuvent être appliqués que dans des cas de fistules bénignes provenant du tissu glandulaire.

Rétablissement de la voie naturelle de la salive. — S'il s'agit d'une fistule provenant de la section de canal de Sténon, le plus ancien procédé chirurgical

consiste à rétablir la voie salivaire. Il faut également que la portion buccale du canal soit perméable, c'est pourquoi de nos jours Louis et Morand ont tenté de drainer cette portion de canal. Ils introduisent un drain de la fistule à l'extrémité buccale du canal de Sténon, puis retirent peu à peu le drain, laissant ainsi l'orifice fistuleux s'oblitérer seul.

Louis a également tenté de rétablir l'issue naturelle de la salive par la bouche, par la dilatation préfistuleuse du canal de Sténon, et certains auteurs, même après avoir constaté que le canal de Sténon était perméable, ont très simplement guéri leurs malades par l'avivement des bords de la fistule et suture de cette fistule.

Tels sont les principaux procédés qui tentent d'aboutir au rétablissement du cours naturel de la salive. Il ne faut pas s'étonner du souci qu'avaient les chirurgiens jusqu'à ces derniers temps de rétablir le cours de la salive. Ils croyaient que la perte de la sécrétion d'une parotide pouvait présenter de sérieux inconvénients, tant au point de vue digestif qu'aux points de vue mécaniques de la déglutition et de l'humidification de la bouche.

En somme, ces derniers procédés n'ont que les rares indications de certaines fistules du canal de Sténon et encore les succès étaient loin d'être fréquents.

Dérivation de la salive vers la bouche au moyen d'une fistule buccale. — Toujours désireux de garder le bénéfice de la sécrétion salivaire, certains chi-

rurgiens ont imaginé de créer une deuxième fistule du côté buccal avec l'espoir de voir se fermer la fistule externe.

Trois procédés tendent vers ce but :

1° La simple perforation tentée par Deroy consiste à introduire par la fistule un fer rouge et à perforer la joue, la plaie extérieure se ferme et la plaie intérieure se fistulise et laisse passer la salive. La guérison est ainsi obtenue.

Le simple exposé de cette très simple, voire trop simple méthode, nous prouve que seul un hasard heureux a voulu que la plaie interne et récente se fistulise, tandis que la vieille fistule, sans doute entourée de tissu cicatriciel se guérisse comme par enchantement.

2° Le procédé de Monro consiste à perforer comme précédemment la joue, puis on passe dans la plaie un cordon de soie qu'on noue à la commissure des lèvres. Quand la fistulisation buccale est faite, on retire le drainage et la plaie externe seule guérit. Il semble que dans ce procédé comme dans le procédé précédent, le chirurgien fut bien servi par les circonstances.

Ce procédé a été amélioré par Desault, Larrey, Duphoénix (1726), Atti (1818), puis de nos jours par Jean-Louis Petit, Jobert et Higguet (1868), Pozzi, Contavox.

Ces améliorations tendent à dilater l'orifice interne par un drainage, tandis qu'on laisse l'orifice fistuleux se cicatriser.

3° La double perforation. — Deguise pratique deux perforations au lieu d'une. Un trocart est plongé dans la fistule d'arrière en avant, puis d'avant en arrière.

Les deux trajets se réunissent à l'entrée de la fistule et s'ouvrent par deux orifices du côté de la bouche. Les deux orifices pratiqués sont environ séparés par un centimètre.

Il passe un fil de plomb par ce double trajet et les deux extrémités du fil sont rapprochées et liées et les orifices internes sont ainsi maintenus béants. Le fil forme donc un anneau fermé suspendu dans la joue, la ligature est dans la bouche et on ne peut voir le fil par l'orifice externe.

Malgré ces précautions, l'orifice externe a bien souvent du mal de se fermer et les orifices internes se cicatrisent souvent aussi. De plus, les fils sont des tiges pleines qui n'assurent qu'un drainage filiforme à la salive qui a tendance à continuer de s'épancher par l'orifice externe qui est libre, ensuite la gêne est grande pendant la mastication ; enfin, la méthode ne peut être appliquée que pour les fistules qui siègent dans la région massétérine. Il est évident que les régions de la glande parotide séparées de la bouche par la branche montante du maxillaire inférieur ne peuvent admettre le traitement de leurs fistules par le procédé précité.

Ce procédé a été étudié et amélioré par Trélat, Le Fort, Richelot, Percy, Béclard, Croserio, Gosselin (1859), Malgaigne et Mirault.

Enfin Langenbeck, dans le même ordre d'idées, applique un procédé très séduisant à première vue et concernant les fistules du canal de Sténon. Il dissèque le bout postérieur du canal de Sténon, le replie et l'abouche dans la cavité buccale après avoir perforé

la joue ; mais cette intervention laisse de laides cicatrices et Velpeau la condamne. Riberi, Delore, Bonnafond, ont modifié ce procédé qui pratiquement est compliqué et peu sûr.

Arrêt de la sécrétion par atrophie de la glande. — Il nous faut maintenant étudier rapidement les méthodes qui aboutissent à la fermeture de l'origine fistuleux par arrêt de la sécrétion salivaire de la glande. On cherche à atrophier la glande.

Compression. — Désault trouva que la compression peut suspendre la sécrétion salivaire. Mais la compression doit s'exercer sur toute la glande et être très forte, ce qui est très douloureux et peut entraîner une inflammation considérable.

Ce procédé a été défendu par Boyer et Ledran, mais il est très infidèle à côté des inconvénients déjà signalés.

Injections irritantes. — Elles aboutissent, soit à l'atrophie de la glande entière quand on agit sur une fistule du canal de Sténon, soit au lobule intéressé par une fistule du tissu parenchymateux.

Cette méthode a été appliquée à l'homme bien après les expériences de Claude Bernard qui démontra que des injections d'huile poussées dans le pancréas d'un animal par le canal de Wirsung finissent par atrophier la glande.

Lafosse en 1872 répéta l'expérience sur le cheval, mais cette fois sur la glande parotide en pratiquant

des injections de teinture d'iode par le canal de Sténon. Il obtint ainsi l'atrophie de la glande parotide et l'arrêt de la sécrétion salivaire. Delamotte et Labat confirmèrent l'expérience, et Mollière l'appliquant à l'homme obtint des succès par des injections dans la fistule d'huile d'olive phéniquée.

Louis employa l'alcool. Curtis Smith l'azotate d'argent. Settimio Cecchini l'essence de térébenthine.

Mais la guérison par ces moyens ne s'obtient qu'avec beaucoup de patience, il faut répéter de nombreuses fois les injections, et il est souvent très incommode de pousser les injections dans les régions éloignées de la glande.

Ligature du canal de Sténon. — L'atrophie de la parotide, partant l'arrêt de la sécrétion salivaire et la fermeture de l'orifice fistuleux, peut encore s'obtenir par la ligature du canal de Sténon.

C'est Viborg qui a proposé ce moyen ; il s'agit de ligaturer le canal de Sténon en dehors de l'ouverture fistuleuse. Après ouverture et dissection du canal, il le liait et refermait la plaie de façon immédiate.

Callisen, de Copenhague, Zang, Velpeau, font revivre le procédé, mais il est peu employé, car il aurait provoqué de l'œdème et de la tuméfaction de la parotide.

Compression de la carotide. — Certains auteurs ont même pensé obtenir l'atrophie de la parotide par la compression de la carotide, mais ce procédé est à rejeter, car il prive d'autres organes du sang qui leur

est nécessaire, et c'est malgré ses dangers un procédé très infidèle.

Introduction de corps étrangers dans le canal de Sténon. — Ce procédé est également peu employé à cause des suppurations qu'il peut entraîner.

CHAPITRE II

Procédés récents de traitement des fistules salivaires de la parotide

C'est en somme l'étude de ces procédés et leur discussion qui formera le fond de cette thèse.

Ils ont tous pour principe, la suppression de la sécrétion salivaire. Comme ce sont des procédés franchement chirurgicaux ayant une technique très déterminée, il nous semble indispensable de donner, sans entrer dans l'étude anatomique de la glande parotide, quelques notions d'anatomie topographique en ce qui concerne les rapports de la glande. Deux mots également de physiologie générale éclaireront le sujet. Il ne nous faudra plus faire une différence très nette entre la façon de traiter les fistules du tissu glandulaire ou les fistules du canal de Sténon ; mais il faudra se préoccuper des cicatrices à modifier ou à supprimer.

Au point de vue anatomie topographique, il ne nous semble intéressant d'indiquer que les rapports de la

glande avec la peau, c'est-à-dire des régions où les agents traumatisants peuvent atteindre la parotide ou son canal excréteur.

La glande parotide coiffe la région postérieure et externe de la branche verticale du maxillaire inférieur.

En haut, le tissu glandulaire enfermé dans sa loge monte jusqu'à l'orifice du conduit auditif externe, et s'élève jusqu'au niveau du condyle du maxillaire et de l'arcade zygomatique. En arrière, il suit le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à la hauteur de l'angle de la mâchoire inférieure. En avant dans sa portion inférieure, le tissu glandulaire empiète sur le masséter, mais la portion qui recouvre un centimètre environ du bord postérieur de ce muscle est très amincie.

La face externe de la glande n'est séparée de l'extérieur que par la peau et une couche peu épaisse de tissu cellulaire qui peut cependant se charger considérablement de tissu adipeux.

Quant au canal de Sténon, après avoir sous forme de conduit principal (où s'abouchent les conduits secondaires) traversé toute la glande, il émerge au niveau du bord antérieur de la glande à la jonction du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de celle-ci. Il chemine d'abord sur la face externe du masséter, contourne ensuite à distance le bord antérieur de ce muscle, traverse obliquement le buccinateur, et après un trajet de quelques millimètres sous la muqueuse buccale, perfore celle-ci pour s'ouvrir dans le vestibule de la bouche. Sa longueur totale est de quatre centimètres.

En résumé, les plaies pouvant intéresser la glande parotide et le canal de Sténon sont approximativement localisées dans un triangle dont un côté serait l'arcade zygomatique, un deuxième côté formé par une ligne allant de l'apophyse mastoïde à l'angle de la mâchoire à l'insertion supérieure du muscle grand zygomatique.

En pratique, il ne faut pas être si absolu : des projectiles peuvent venir léser la glande après des trajets très capricieux. On a vu des fistules s'ouvrir dans la région sous-orbitaire.

Autrefois, les cas de fistules salivaires assez rares d'ailleurs, ne provenaient que d'abcès parotidiens, coups de sabres et autres traumatismes n'entraînant que des cicatrices minimes ou régulières au milieu desquelles on remarquait, soit un petit pertuis très ténu, soit une fongosité bourgeonnante d'où s'échappait le liquide salivaire.

Actuellement, il n'en est plus ainsi, les projectiles modernes ont une force traumatisante tellement violente, qu'ils provoquent des délabrements considérables intéressant également les tissus osseux, musculaires et glandulaires. Au milieu des ravages et des pertes de tissu, les plaies lentes à se cicatriser et suppurant souvent, voilent complètement la lésion glandulaire qui longtemps passe inaperçue. Ce n'est que lorsque la cicatrisation est presque terminée, qu'on s'aperçoit que la plaie ne se ferme pas entièrement et que sur un point de la cicatrice, une fistule laisse s'épancher un liquide qui n'est pas du pus. C'est alors que le diagnostic s'impose et indique l'intervention

qui, en même temps que la suppression de la fistule tendra à modifier les cicatrices déformantes résultant trop souvent de la cicatrisation de plaies mal surveillées ou abandonnées aux soins peut-être dévoués, mais incompétents d'infirmières plus ou moins diplômées.

Mais une question de physiologie se pose.

Puisque dans les procédés que nous allons étudier, il faut supprimer, soit la parotide elle-même, soit sa fonction, est-il sans danger de se priver de la sécrétion salivaire d'une parotide ?

Les anciens auteurs ne le croyaient pas. Pawlov, de Saint-Pétersbourg, attribuait aux glandes salivaires une très grande utilité, outre les phénomènes digestifs concernant les matières amylacées, il attache une grande importance à l'utilité du liquide salivaire au point de vue mécanique pour la déglutition du bol alimentaire constitué de matières solides et sèches, telles que le pain, certains légumes ou viandes rôties, pour lesquels la salive agit comme lubréfiant.

La salive agirait également comme antitoxique dans les cas d'ingestion de substances nocives en étendant ces substances et en protégeant la muqueuse dans une certaine mesure.

En pratique, bien que la suppression d'une parotide entraîne un certain degré de sécheresse de la partie correspondante de la bouche, les autres glandes salivaires suppléent aux fonctions digestives et aux phénomènes de déglutition.

La sécrétion d'une parotide est-elle abondante ?

Certains auteurs qui ont recueilli intégralement la salive s'écoulant de fistules parotidiennes donnent des

chiffres qui, au premier abord, nous semblent fantastiques. L'un d'eux prétend même avoir recueilli au cours d'un seul repas, 200 grammes de liquide salivaire. Il s'agit sans doute d'une glande hyperexcitée excrétant à l'extérieur la totalité de sa sécrétion, probablement dans un cas de fistule du canal de Sténon.

Il est évident que la quantité de liquide excrété varie suivant le genre de lésion auquel on a affaire. Maximum en cas de fistule du canal de Sténon, minimum pour une légère plaie du parenchyme glandulaire.

C'est d'ailleurs cette excrétion de liquide qui s'épanche sur la joue qui nécessite un pansement qu'on doit renouveler sans cesse qui constitue l'infirmité et l'insupportabilité de cette affection. Au minimum pendant la nuit, la sécrétion s'établit à la moindre excitation psychique ; la vue ou la pensée d'un mets préféré entraîne la sécrétion. L'introduction d'un corps inerte dans la bouche produit également l'excitation de la glande, à plus forte raison, l'ingestion d'un mets agréable et surtout les efforts de mastication entraînent une abondante sécrétion.

En résumé, la suppression de la sécrétion salivaire d'une parotide n'entraîne aucun accident sérieux, tout au plus a-t-on remarqué dans certains cas, la persistance de sécrétions paralytiques qui ont entraîné la formation de collections salivaires qui n'ont pas résisté à quelques ponctions évacuatrices.

Procédé Gaudier

Dans les grandes lignes, il nous faut considérer trois procédés offrant chacun de grandes preuves de sté-rité et ayant entraîné de multiples guérisons.

Nous étudierons chacun de ces procédés, nous réservant de les discuter dans leurs avantages et leurs inconvénients.

Nous verrons tout d'abord le procédé de Gaudier qui supprime totalement la glande.

Puis nous apprécierons le procédé de Morestin qui consiste en l'ablation du bloc fibreux péri-fistulaire et la réunion secondaire des tissus.

Enfin et surtout, nous étudierons dans ses détails, l'intervention de Leriche qui supprime la fonction salivaire par la résection du nerf présidant à la sécrétion de la parotide.

Gaudier a donc préconisé la cure radicale par l'ablation totale de la glande.

Il estime que les fistules salivaires bien établies sont d'une guérison difficile, et que la plupart des procédés employés ont donné de médiocres résultats.

Chez 5 blessés de guerre (dont nous donnerons les observations au chapitre qui leur est réservé) présentant des fistules intarissables de la région parotidienne consécutives à des plaies par projectiles, il a pu obtenir une guérison totale et rapide, et voici comment il a procédé :

Il exécute une dissection « artistique » (selon son

expression) de la glande en totalité, il évite de léser aucun faisceau du facial de peur de provoquer des paralysies de la face. Il avoue que la dissection est difficile déjà sur une glande saine, à plus forte raison sur une parotide enflammée et constituée en grande partie de blocs fibreux post-opératoires.

Il arrive cependant par extirper la glande par fragments ; le manuel opératoire est le suivant :

Une incision rétro-maxillaire remontant devant le pavillon de l'oreille à laquelle il sera quelquefois utile d'adjoindre une incision perpendiculaire pour se donner plus de champ, mais dans la majorité des cas, cette incision supplémentaire n'est pas indispensable. L'hémostase doit se faire au fur et à mesure, on ouvre la loge parotidienne et l'on commence la dissection de la glande de préférence par la partie supérieure et l'on dissèque de haut en bas.

C'est alors qu'il faut user de précautions. Au moyen de ciseaux fins et d'une spatule, on arrive à enlever la presque totalité de la glande dans ses deux tiers supérieurs au moins, le reste sera morcelé et enlevé. Au pédicule du canal de Sténon, on pose une ligature ; on ne s'occupe en aucune façon de la fistule cutanée qui s'oblitère seule en quelques jours. Après un coup d'œil d'ensemble, on rabat le lambeau cutané et l'on suture au fil fin.

On peut établir un drainage capillaire au crin que l'on supprime le troisième ou quatrième jour, et l'on termine par un pansement compressif.

Dans les cinq cas sur lesquels le procédé a été expérimenté, il n'y a pas eu de paralysie faciale, mais seu-

lement une dépression au niveau de la loge que remplissait la parotide.

Que vaut ce procédé ? Dans les cas présentés, il y a eu guérison forcée puisque ablation totale de la glande, mais l'intervention n'est-elle pas compliquée, d'une technique et d'une exécution délicate ? Si dans les mains de Gaudier, le bistouri n'a lésé aucun rameau du nerf facial, ce n'est que grâce à la grande habileté de ce chirurgien. Les vaisseaux carotidiens eux aussi causaient un danger par leur proximité du champ opératoire. A part ces difficultés d'exécution, il y a à reprocher à la méthode la longue cicatrice qu'elle entraîne, la déformation disgracieuse et très apparente de la face correspondant au volume de tissu enlevé.

Ce procédé est donc bon au point de vue curatif, mais nous verrons que les avantages sont en faveur des autres procédés.

Pierre Duval, en 1914, a publié dans la *Revue Chirurgicale*, un moyen d'épargner une partie du facial dans le procédé de l'extirpation totale de la glande parotide. En effet, les inconvénients de ce procédé sont surtout les paralysies qu'entraînent des sections presque fatales de certains filets du nerf facial, et ceci, malgré les précautions opératoires les plus grandes.

Or, les paralysies du nerf facial sont peu gênantes, sauf en ce qui concerne les rameaux innervant les muscles palpébraux ; la section de ces rameaux entraîne la paralysie de l'orbiculaire des paupières et partant la béance des bords palpébraux, ce qui entraîne

de l'épiphora, de la kératite, conjonctivite et ectropion.

Il faut donc ménager autant que possible les branches supérieures du nerf facial. Il suffira de rechercher le nerf facial à la sortie du crâne et de le suivre non en totalité, mais dans sa branche supérieure fronto-palpébrale dans l'angle postérieur de la parotide.

La technique opératoire consiste en :

Une incision sur le bord postérieur du sténo-mastoïdien allant depuis la base de la mastoïde jusqu'à la grande corne du cartilage thyroïdien ; une autre incision contourne le conduit auditif externe sur son bord inférieur.

A coups de ciseau on sectionne la mastoïde horizontalement à sa base et on la bascule en arrière et en dehors. On écarte le bord postérieur de la parotide et sur l'apophyse styloïde on aperçoit dans la profondeur le tronc du nerf facial, on le dégage et l'on aperçoit sa bifurcation. Cette dissection se fait dans le plan de clivage de la parotide.

La branche cervico-faciale est coupée à son origine ainsi que les filets inférieurs de la branche supérieure. Seuls sont respectés les filets qui se dirigent vers l'œil.

L'extirpation de la glande, section des pédicules vasculaires et ligature du canal de Sténon sont alors poursuivies beaucoup plus facilement que par le procédé de M. Gaudier qui, lui, respecte absolument tous les rameaux du nerf facial. On remet alors la mastoïde en place après reconstitution du périoste et l'on procède finalement à la suture totale des divers plans.

Vers la fin de 1919, Duval dans une communication à la Société de Chirurgie, a de nouveau défendu son procédé.

Il apparaît de suite que ce procédé comme le précédent, est une véritable dissection anatomique assez compliquée, il n'a d'ailleurs porté que sur deux cas de tumeurs parotidiennes.

Ablation du bloc fibreux péri-fistuleux

Ce deuxième procédé que nous allons étudier a été mis en pratique par M. Morestin, à l'Hôpital du Val-de-Grâce, puis par plusieurs chirurgiens à sa suite.

M. Morestin a pu expérimenter sa méthode sur de nombreux sujets, et en mars 1917, sa statistique portait déjà sur 60 cas traités et guéris par son procédé. Dans d'autres communications postérieures à 1917, M. Morestin et ses imitateurs ont encore augmenté considérablement le nombre des interventions suivant la même méthode et sont unanimes à en vanter les mérites.

Dans les grandes lignes, ce procédé consiste dans l'extirpation du bloc fibreux cicatriciel qui entoure la fistule salivaire suivie de la réunion complète des divers plans parenchymateux, hypodermiques et cutanés pour les fistules glandulaires.

Pour les fistules du canal de Sténon, la technique consiste dans l'extirpation du bloc fibreux cicatriciel, dissection du canal de Sténon jusqu'au tissu glandulaire, puis ligature et section de ce canal.

Avant d'adopter cette méthode et de la défendre énergiquement, M. Morestin, en 1914 et 1915, a appliqué les anciennes méthodes de cautérisation, et il publie en juillet 1915, une observation où l'on peut observer ses tâtonnements encore très éloignés de la voie définitive qu'il a adoptée dès 1916.

Pour lui d'ailleurs, les fistules salivaires n'ont pas l'incurabilité que leur attribue Gaudier ; il dit, au contraire, que la proportion des malades qu'il est indispensable d'opérer est très minime, par rapport aux cas qui guérissent spontanément. Non seulement les fistules qui intéressent le tissu glandulaire, mais encore celles qui s'abouchent au canal de Sténon.

Dans les cas de fistules qui semblent définitivement établies, il n'est pas rare de voir des réactions inflammatoires secondaires qui amènent la cicatrisation, et par suite l'oblitération définitive.

Morestin nous dit ensuite qu'il ne s'est jamais ému de la suppression de l'excrétion ou de la sécrétion de la salive après le sacrifice du canal de Sténon ; au cours de l'ablation de tumeurs, il n'a jamais vu de gonflement, inflammation, réaction ou troubles d'aucune sorte se produire.

Avant d'entrer dans l'étude du procédé de M. Morestin, nous dirons que Le Dran, en 1765, préconise déjà l'ablation du bloc fibreux qui entoure la fistule, mais pour lui, il faut établir le cours de la salive par une fistule interne.

Du 1er janvier 1915 au 1er avril 1917, Morestin a appliqué 62 fois son procédé.

30 fois sur des fistules provenant d'une plaie du

tissu glandulaire et 32 fois sur des fistules provenant d'une plaie ayant intéressé le canal de Sténon.

En effet, dans le procédé Morestin, la technique n'est pas tout à fait identique suivant qu'on a affaire à une fistule du tissu glandulaire ou à une fistule du canal de Sténon. L'intervention débute de la même façon, mais diffère en cours d'opération.

Sur les 30 fistules glandulaires que Morestin a traitées, 6 lui ont semblé pouvoir guérir par simple cautérisation au thermocautère suivie de l'instillation dans le trajet d'une goutte d'un mélange formolé.

Deux fistules sur les six n'ont pas guéri par la cautérisation. Il restait donc 24 cas qui ont été traités par l'extirpation du bloc fibreux péri-fistuleux.

Il y a lieu de remarquer que l'opération de l'extirpation, outre l'oblitération de la fistule doit prétendre également à remédier aux difformités, aux cicatrices denses et irrégulières, doit supprimer les adhérences avec les plans profonds et enfin faire l'autoplastie de la face.

La suppression des cicatrices est d'ailleurs souvent un élément nécessaire à la guérison, car la plupart du temps, l'orifice de la fistule occupe le centre d'une cicatrice ombiliquée au milieu d'un tissu épais et dur sur lequel l'action thérapeutique demeure sans effets si elle n'est maniée énergiquement.

Donc l'intervention chirurgicale serait déjà indiquée même sans la présence de fistule salivaire et pour des raisons esthétiques.

Voici la technique opératoire :

La condition fondamentale est l'extirpation méthodique et complète du noyau fibreux.

Le trajet fistuleux importe peu par lui même, il n'est en somme que l'accessoire, on doit se régler sur la masse dure et cicatricielle qu'il faut enlever en totalité. L'opération est la simplicité même. L'anesthésie locale est toujours suffisante pour terminer l'opération en quelques minutes.

On trace donc deux incisions formant ellipse et délimitant le territoire cicatriciel dont l'ablation est nécessaire, la peau est décollée tout autour sur l'étendue utile et les lèvres de la plaie écartées. Avec une pince à griffes, on saisit la cicatrice isolée, on l'attire et on commence à séparer peu à peu la masse dure des parties environnantes en la suivant d'aussi près que possible.

La dissection doit être minutieuse, mais la technique en est très simple, et si l'on ne quitte pas le noyau fibreux, on évite tous les accidents.

L'ablation faite, on applique des sutures perdues profondes sur le tissu glandulaire en plusieurs plans superposés. Enfin, la peau est réunie par quelques crins de Florence. Il est essentiel de pratiquer le plus exactement possible, la réunion des plans profonds et moyens.

Sur les 24 cas de fistules glandulaires, 22 ont guéri d'emblée, et radicalement la trace de la blessure était devenue très peu apparente et les tissus sous-jacents étaient très souples.

Deux des opérés présentèrent une collection salivaire peu volumineuse : l'un fut traité par des ponc-

tions aspiratrices répétées et par la compression, il guérit définitivement en 12 jours ; l'autre eut sa plaie infectée, on dut désunir les lèvres de la plaie et la cicatrisation se fit secondairement en entraînant la guérison complète.

En ce qui concerne les fistules du canal de Sténon, Morestin estime les anciens procédés inacceptables, ceux qui ont entraîné des guérisons ont abouti inconsciemment à l'atrophie de la glande secondairement à l'oblitération du canal de Sténon. D'ailleurs, les anciens procédés (simple et double perforation, perméabilisation et réunion des portions du canal de Sténon) s'appliquent tous aux rares cas de fistules laissant les parois de la joue souples. Or, les fistules glandulaires comme les fistules du canal de Sténon sont fréquemment noyées dans du tissu cicatriciel, et le canal de Sténon lui-même peut être englobé dans toute sa longueur dans des masses cicatricielles dures et adhérentes.

Pour ces cas également, la fistule n'est que l'accessoire au milieu de difformités auxquelles il faut remédier. D'autre part, il arrive fréquemment dans les fistules du canal de Sténon que le bout postérieur de ce canal est infecté et peut être l'origine d'abcès.

Sur les 32 cas de fistules du canal de Sténon relatées par Morestin, une a guéri très simplement par cautérisation au thermocautère. Dans 2 cas, la dérivation de la salive par la bouche fut obtenue, le bout postérieur du canal de Sténon étant suffisamment long et sain. Ces cas étaient très favorables avec cicatrices peu adhérentes.

Dans un quatrième cas, Morestin joint à la transfixion, l'ablation du bloc fibreux, puis réunion hermétique des parois externes après drainage vers l'intérieur de la bouche.

Seize malades subirent également cette opération par laquelle ils furent guéris de leur fistule, mais chez aucun de ces malades, un canal artificiel ne s'établit pour excréter la salive dans la bouche, ce qui ramène ces cas aux cas comprenant après l'ablation du bloc fibreux la ligature du canal de Sténon qui est le procédé de choix.

La technique pour ces cas était la suivante :

Anesthésie locale à la cocaïne, extirpation minutieuse et complète du bloc cicatriciel sans se préoccuper ni du canal, ni du trajet fistuleux, puis perforation de la joue, installation dans cette boutonnière d'un bout de sonde de Nélaton, suture cutanée aussi hermétique que possible ; le résultat était donc le suivant : la salive ne s'écoulait pas par la sonde de Nélaton, et lorsqu'on retirait cette sorte de drain, la plaie buccale se cicatrisait.

Enfin, 13 cas furent opérés selon la méthode définitive, c'est-à-dire l'extirpation des masses fibreuses sans drainage vers la bouche. L'opération est conduite comme la précédente dans sa première partie, c'est-à-dire extirpation de la cicatrice et du bloc fibreux avec dissection du canal de Sténon sur l'étendue convenable, c'est-à-dire jusqu'au tissu glandulaire.

On étreint d'une ligature serrée le canal de Sténon le plus haut possible, et pour plus de sûreté, on peut

enfouir le moignon dans les fibres du masséter. La réunion cutanée est alors effectuée sans drainage.

Sur ces 13 malades, deux présentaient un épanchement salivaire ; chez ces malades, le canal de Sténon n'avait pu être isolé et lié. Quelques ponctions aspiratrices suffirent à faire rentrer le tout dans l'ordre. Chez un autre, enfin, la plaie s'infecta puis guérit secondairement en entraînant la suppression de la fistule.

Parmi les chirurgiens qui ont adopté la méthode de Morestin, il nous faut citer Petit de La Villéon qui publie un succès opératoire au moyen de la technique de Morestin. Il s'agit d'une fistule du tissu glandulaire.

M. Jean publie une observation de fistule du canal de Sténon, à la suite d'une parotide suppurée compliquant une fièvre typhoïde. Il procède de la même façon que M. Morestin et obtient d'excellents résultats.

Nous sommes donc en présence d'un excellent procédé et qui pourra même s'imposer lorsque des modifications d'ordre esthétique sont nécessaires. Au point de vue strictement curateur des fistules salivaires ; nous aurons à discuter et comparer la valeur du procédé de Morestin avec le procédé que nous allons étudier, ils ont chacun de grands avantages et peu d'inconvénients, ils aboutissent tous deux à des succès certains, nous ne pourrons faire une différence que par leurs indications respectives.

Le traitement des fistules salivaires de la glande parotide par la résection du nerf auriculo-temporal.

Il nous reste maintenant à étudier le troisième et dernier procédé, celui qui consiste à provoquer l'arrêt de la sécrétion salivaire et partant l'oblitération de la fistule par la résection du nerf auriculo-temporal qui est le nerf présidant à la sécrétion salivaire de la glande parotide.

Le procédé dont l'application à la chirurgie humaine est de date récente est assez ancien quant à sa technique physiologique. En effet, Claude Bernard créa ce procédé et l'expérimenta dès 1879 sur des animaux.

Avant d'aborder la technique opératoire et l'étude des résultats obtenus, il nous paraît indispensable de dire quelques mots sur l'anatomie des nerfs sécrétoires de la glande parotide.

Ainsi que l'ont prouvé les expériences physiologiques, les filets sécréteurs de la glande parotide viennent du nerf glosso-pharyngien ; de ce nerf ils passent dans le nerf de Jacobson, le petit pétreux et le ganglion otique, nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette voie profonde des nerfs sécrétoires pour nous occuper seulement des parties anatomiques qui ont une importance dans le traitement.

Du ganglion otique partent deux filets nerveux sécrétoires qui rejoignent le nerf auriculo-temporal que nous allons étudier spécialement.

Le nerf auriculo-temporal naît de la partie postérieure du nerf maxillaire inférieur par deux racines qui forment une boutonnière par où passe l'artère méningée moyenne.

Il arrive sur le col du condyle du maxillaire inférieur qu'il contourne en pénétrant dans la parotide et va ensuite vers l'arcade zygomatique en se redressant verticalement.

Il est nécessaire de considérer trois segments :

L'un qui va de la naissance du nerf auriculo-temporal à son entrée dans la glande parotide.

L'autre qui comprend le trajet intraparotidien du nerf.

Le troisième segment part de la sortie de la parotide jusqu'à sa terminaison dans la région temporale.

a) Le nerf auriculo-temporal dès sa formation recueille, comme nous l'avons dit, deux ou trois filets nerveux émanant du ganglion otique. Ce sont ces filets qui ont toute l'importance, puisque ce sont eux qui ont la propriété de transporter l'influx nerveux agissant sur la sécrétion.

Le nerf auriculo-temporal émet quelques filets sans importance pour l'artère méningée, l'artère maxillaire interne, le nerf dentaire inférieur et pour l'articulation temporo-maxillaire. Dans ce trajet, le nerf auriculo-temporal est situé au-dessus de l'artère maxillaire interne à quelques millimètres de distance et leurs trajets sont parallèles.

b) Nous voyons alors le nerf pénétrer dans la loge parotidienne avec une direction oblique et le nerf est intimement fixé à la cloison de la loge qui est entraînée

dans une certaine mesure quand on fait des tractions sur le nerf.

Le nerf cravate alors le condyle et atteint l'artère temporale superficielle et quitte à ce moment la loge parotidienne. C'est en arrière du condyle que naissent plusieurs filets qui vont en dehors et en bas, s'anastomosent les uns aux autres et forment le plexus de Cruveilhier : ce sont les filets sécréteurs.

Ensuite, le nerf contourne l'artère temporale superficielle et se redresse brusquement vers l'arcade zygomatique.

Enfin, du nerf part un filet anastomotique pour la carotide externe qui va rejoindre le plexus sympathique de cette région, ce filet est intéressant, car Claude Bernard croyait qu'il avait une influence sur l'excitation de la sécrétion parotidienne. Mais Aigrot a démontré qu'il n'en était rien et que des interventions ayant respecté ce filet nerveux n'en avaient pas moins entraîné l'arrêt de la sécrétion salivaire.

Dans le trajet temporal, le nerf s'épanouit dans les tissus sous-cutanés de la région temporale, et c'est à la limite inférieure de ce trajet qu'il faut chercher le nerf auriculo-temporal, le suivre et l'arracher.

En résumé, c'est dans le deuxième segment que le nerf émet ses filets sécrétoires ; c'est donc au début de la deuxième étape qu'il faudra sectionner le nerf.

C'est Claude Bernard qui a cherché le premier la voie que suivait l'influx nerveux excitateur de la sécrétion parotidienne, et c'est à la suite de nombreuses expériences sur des animaux très divers qu'il parvint

à établir l'importance du nerf auriculo-temporal dans la sécrétion parotidienne.

C'est lui qui par des sections successives et des excitations a démontré que le petit pétreux profond contient seul les éléments sécréteurs, et pour cela il a éliminé : le grand pétreux, la chorde du tympan, et il vit que les filets du petit pétreux allaient à l'auriculo-temporal.

Il vit que le grand sympathique aurait plutôt une action inhibitrice de la sécrétion et que bien que le trajet intra-parotidien du nerf soit très court, les filets sécréteurs naissaient à ce niveau et suffisaient à l'excitation.

En résumé, ni le facial périphérique, ni la branche auriculaire du plexus cervical superficiel, ni le sympathique émettant des filets nerveux qui pénètrent dans la parotide, ne sont capables d'agir sur la sécrétion, seul le nerf auriculo-temporal possède cette propriété qu'il tient de filets émanant du petit pétreux, lequel reçoit les filets du glosso-pharyngien, mais la recherche des filets sécréteurs ne peut être poussée plus loin, étant donnée la délicate opération qu'elle entraîne, si l'on veut chercher les effets de la section de ces nerfs à leur origine dans le crâne.

En ce qui concerne notre sujet, il nous suffit de savoir qu'en sectionnant le nerf auriculo-temporal à sa naissance ou devant le point où il commence à envoyer des filets à la parotide, on supprime la sécrétion parotidienne.

Il nous paraît intéressant de rapporter l'opération

à laquelle se livra Claude Bernard dans ses termes propres :

« *Nous commençâmes, dit-il, par faire une incision derrière l'oreille externe. Après que les téguments eurent été disséqués, nous découvrîmes immédiatement le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Attirant ensuite la glande en avant, nous pûmes diviser séparément toutes les ramifications du nerf et les soumettre ensuite au courant électrique.*

Les résultats ayant toujours été négatifs, nous arrivâmes à la fin après avoir sectionné toutes les branches du facial sur un rameau de la cinquième paire qui n'était autre que le nerf auriculo-temporal superficiel.

Plusieurs de ces branches furent coupées sans qu'il en résultât aucun effet sur la sécrétion. L'animal accusait une vive souffrance, ce qui s'explique aisément par le caractère éminemment sensitif de ce nerf.

Enfin, au moment où nous allions terminer l'expérience, ayant à lier une petite artère, nous comprimâmes en même temps un mince filet nerveux et nous nous aperçûmes que la sécrétion salivaire était momentanément suspendue.

Nous coupâmes alors ce petit filet et la glande fut immédiatement frappée de paralysie. Les acides versés dans la bouche ne provoquaient plus d'écoulement salivaire. Au contraire, la galvanisation du bout périphérique du nerf divisé amenait instantanément une sécrétion abondante.

Nous avions donc enfin découvert le nerf moteur de la parotide ; ce nerf qui provient du nerf maxillaire

inférieur paraît constitué de quatre ou cinq ramuscules parallèles, mais bien distinctes, ses dimensions sont insignifiantes, il se détache de l'auriculo-temporal et peut être mis facilement en évidence par la dissection ; il est en rapport intime avec l'artère maxillaire dont il suit exactement le trajet, mais en sens inverse du cours du sang ».

Les expériences physiologiques ont porté sur divers animaux. Mousson et Aigrot les ont pratiquées sur le chien et chez d'autres animaux, tels que : le bœuf, le cheval, le mouton, le porc ; on n'a remarqué que de légères variations anatomiques avec identité physiologique du nerf auriculo-temporal.

Leriche a eu le premier l'idée d'appliquer ces expériences à l'homme en vue de supprimer la sécrétion salivaire, mais ses essais, imités depuis, n'ont porté que sur relativement peu de cas.

Voici d'ailleurs le manuel opératoire employé par Leriche : il pratique une incision verticale de 3 centimètres, 1 centimètre au-dessus de l'arcade zygomatique, 2 en-dessous entre le tragus et le tubercule zygomatique.

Les battements artériels permettent de se repérer immédiatement, car nous savons que le nerf se trouve en dehors et en arrière de l'artère temporale superficielle que l'on sent battre.

Le tronc nerveux est contenu dans la gaîne vasculaire qu'il faut ouvrir pour suivre le nerf jusqu'au tissu glandulaire. Une fois le tissu parotidien atteint, on commence, après avoir fixé le nerf par une pince hémostatique, à opérer des tractions régulières et

attentives ; le nerf vient assez facilement sur une longueur de 3 centimètres environ, on sent alors une résistance due à la cloison interne de la loge parotidienne qui retient le nerf, on refoule cette membrane et le nerf vient encore un peu.

On peut alors agir de deux façons, ou bien sectionner le nerf par un coup de ciseaux portant sur la région la plus éloignée possible, ou bien continuer lentement et progressivement la traction sur le nerf et l'on finit par le faire céder au niveau de la boutonnière qu'il fait autour de l'artère méningée moyenne. Donc, il apparaît évident, que puisqu'on a arraché le nerf jusqu'à sa boutonnière, c'est-à-dire jusqu'au début du premier segment et que les filets sécrétoires qui n'appartiennent qu'au deuxième segment sont également arrachés. La seule précaution à prendre est d'exercer une traction régulière, graduelle et lente.

A la fin de 1918, M. le Professeur Michel, alors mobilisé à l'Hôpital d'Armée de Saint-Nicolas de Port eut à traiter un homme atteint de fistule salivaire de la parotide succédant à une plaie de la face par éclat d'obus.

Avant de venir dans le Service de M. le Professeur Michel, ce blessé avait déjà été traité par la cautérisation et sans succès. A l'Hôpital de Saint Nicolas, on tenta une nouvelle cautérisation avec compression, ce qui n'eut pas plus de succès ; on tenta enfin le traitement par l'arrachement du nerf auriculo temporal selon la technique de MM. Leriche et Aigrot, et bien que ce nerf n'ait pu être arraché, la traction exercée avait été suffisante pour détruire les nerfs sécréteurs.

car la sécrétion s'arrêta, et peu après la guérison était complète et s'affirma dans la suite ; nous donnerons d'ailleurs in-extenso au Chapitre des Observations, le récit de l'intervention que réussit M. le Professeur Michel. Dieulafé, dans diverses publications, accorde également toute sa sympathie à ce procédé qu'il a tenté après avoir employé les autres et qui lui a toujours donné de bons résultats. Il a en effet pratiqué onze fois la résection du nerf auriculo-temporal dans des cas de fistules de la parotide et n'a obtenu que des succès.

Marion dans son Traité de Clinique Chirurgicale, paru en 1917, dit qu'on obtiendra toujours la guérison d'une fistule parotidienne, qu'elle soit canaliculaire ou glandulaire, par l'association de la section du nerf auriculo-temporal à la ligature du canal de Sténon. Les deux opérations se pratiquent dans la même séance.

Nous devons au Docteur Sabotier, de Nancy, deux observations de résection du nerf auriculo-temporal suivies de succès complets ; nous trouverons ces observations inédites au Chapitre qui leur est réservé.

Olivier, publie en mars 1919, qu'il a eu l'occasion pendant la guerre de pratiquer trois fois la résection du nerf auriculo-temporal pour fistules de la parotide. La simplicité de l'opération et la parfaite guérison ont engagé Olivier à publier ses Observations.

Il s'agit de trois cas de fistules salivaires qui étaient rendues très gênantes par la sécrétion qui s'épanchait sur la joue et l'inflammation des téguments voisins. Olivier opère donc absolument selon les procédés opé-

ratoires cités plus haut et l'excrétion diminue peu à peu ; dix jours après l'opération tout écoulement était tari.

L'essentiel dans l'opération étant de supprimer les filets sécréteurs qui se trouvent en dedans du col du condyle, il faut disséquer le nerf auriculo-temporal jusqu'à ces rameaux, puis seulement saisir le nerf avec une pince et l'enrouler sur cette pince en l'attirant doucement.

Enfin, nous donnerons au Chapitre des Observations, un cas très intéressant de double fistule de la glande parotide et de sa glande accessoire, cas opéré par M. le Professeur Vautrin. Il s'agit d'une double fistule nerveuse à la suite d'une blessure par coup de fusil chargé à plomb. Après cicatrisation, il subsista deux fistules : l'une postérieure répondant très nettement par son siège et sa direction à la glande parotide ; l'autre antérieure et à trajet d'arrière en avant répondant vraisemblablement à une lésion d'une glande parotide accessoire, cette lésion date de 1917. Après une intervention pratiquée à Paris et qui ne donne aucun résultat, la malade est opérée à la fin de 1919, par MM. Vautrin et Heuilly, de la ligature du canal de Sténon : les deux fistules continuent à donner. Le 8 novembre 1919, il est procédé à la résection du nerf auriculo-temporal par le procédé classique. La fistule postérieure répondant à la glande parotide est tarie en cinq jours ; la fistule antérieure persiste huit semaines et finit également par tarir sans excrétion.

Donc la résection du nerf auriculo-temporal a guéri d'emblée la fistule de la glande parotide, tandis que la

guérison de la fistule répondant à la glande accesoire a été retardée, c'est là que réside le grand intérêt de ce cas. En effet, la question suivante est posée : la glande accessoire de la parotide (qui est assez fréquente), est-elle innervée fonctionnellement par le nerf auriculo-temporal ? En tout cas, elle n'est pas dans une dépendance aussi directe du nerf auriculo-temporal que la glande parotide principale. Il est donc possible que le facial intervienne dans une certaine mesure dans la sécrétion de la parotide accessoire, et c'est à cette conclusion, ouvrant un champ d'expérience aux physiologistes, que s'arrêtent M. le Professeur Vautrin et M. le Docteur Heuilly.

Voici donc exposé l'excellent procédé de M. Leriche, nous allons discuter ses mérites et les critiques qui ont été émises comparativement aux indications des procédés de MM. Gaudier et Morestin, après avoir étudié les observations concernant chacun de ces procédés.

CHAPITRE III

Observations

Nous nous contenterons de donner des observations concernant les derniers procédés de traitement. On pourra trouver des observations des anciens procédés antérieurs à la guerre dans les différentes thèses que nous indiquerons dans notre bibliographie.

Procédé Gaudier

(*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1918, t. XLIV.)

OBSERVATION I

R....., du ° d'artillerie. Fistule salivaire de la parotide droite par suite d'une blessure par éclat d'obus datant de fin 1916.

Opéré le 17 novembre 1917, il sort guéri le 8 décembre 1917. (Extirpation totale de la glande parotide.)

OBSERVATION II

B....., du e tirailleurs. Fistule salivaire de la partie inférieure de la parotide gauche à la suite d'une blessure par éclat d'obus.

Opéré le 22 décembre 1917, il sort guéri le 4 janvier 1918.

OBSERVATION III

I....., du e d'artillerie. Fistule salivaire au niveau du canal de Sténon gauche à la suite d'une blessure par éclat d'obus. Il a déjà été opéré selon un ancien procédé qui n'a donné aucun résultat. Il fait de la parotidite infectieuse. La fistule date de deux ans et donne une sécrétion continuelle et la plaie est recouverte de croûtes.

Opéré le 2 septembre, il sort guéri le 1er octobre 1918.

OBSERVATION IV

A....., du e chasseurs. Fistule salivaire du canal de Sténon droit, a eu également une fracture du maxillaire supérieur par éclats d'obus. La fistule, qui demeure permanente, date de huit mois.

Opéré le 2 février 1918, sort guéri le 26 février 1918.

OBSERVATION V

C....., du e d'infanterie. Fistule salivaire parotidienne inférieure gauche. Traumatismes multiples de la tête.

Opéré le 21 juin 1918, guéri le 5 juillet 1918.

Procédé Morestin

OBSERVATION VI

MORESTIN (*Bulletin Société de Chirurgie*, 1916, t. XLII.)

Fistule du canal de Sténon.

Pierre B....., du 280e R. I. Blessé le 11 juin 1915, à Souchez, entre au Val-de-Grâce le 8 mars 1916.

B....., atteint par des éclats d'obus, a eu plusieurs blessures entièrement cicatrisées au moment de son arrivée dans mon service, à part l'une d'elles qui a donné lieu à une fistule salivaire.

Toutes les plaies occupaient la moitié droite du crâne ou de la face. On constate dans la région temporo-frontale une grande cicatrice, profondément déprimée au niveau de laquelle on perçoit les battements du cerveau. L'œil droit a été énucléé, sans parler des traces laissées par quelques plaies superficielles ; nous relevons encore la présence d'une cicatrice verticale s'étendant de l'arcade zygomatique au bord inférieur de la mâchoire, c'est sur cette cicatrice que s'ouvre la fistule salivaire. L'orifice fistuleux est très petit, mais au moment des repas laisse s'écouler la salive en abondance. Il correspond à la face externe du masséter et ce n'est pas douteux qu'il ne s'agisse d'une fistule du canal de Sténon ; mais une masse dure, un bloc cicatriciel englobe la partie antérieure du canal, adhère à la peau, au masséter et au buccinateur.

Le 27 mars, j'opère le malade. Je commence par supprimer la cicatrice déprimée qui s'étend de l'arcade zygomatique au bord inférieur de la mâchoire et décolle ensuite les deux lèvres de la plaie. Je procède alors à l'extirpation très méthodique de la masse fibreuse pré et juxta-massé-

terine qui enveloppe le canal de Sténon et à travers laquelle chemine le trajet fistuleux. Le noyau fibreux est attaqué successivement de haut en bas, de bas en haut et d'avant en arière. Je le détache progressivement du masséter et du buccinateur et je le rejette en arrière. Finalement il ne tient plus que par le canal de Sténon qui s'y enfonce.

Je dissèque ce conduit le plus loin possible en arrière jusqu'au point où il apparaît entouré de tissu parotidien. Il est tordu trois fois sur lui-même ; à l'endroit de la torsion je place une ligature au catgut et sectionne le canal immédiatement au devant de cette ligature.

Je suture ensuite le buccinateur au bord antérieur du masséter de manière à effacer l'espace vide laissé par l'ablation de la masse fibreuse ; la plaie cutanée est enfin réunie complètement.

L'examen du noyau fibreux a montré qu'il contenait un fragment osseux, sans doute détaché de l'os malaire. Le sujet a été complètement guéri.

OBSERVATION VII

(*Bulletin Société de Chirurgie,* 1918, t. XLIV), Dr Jean (Procédé Morestin).

Il s'agit non d'une blessure de guerre mais d'un accident chirurgical. Le sujet était atteint d'une suppuration survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. L'abcès fut incisé et donna issue à du pus. La plaie se cicatrisa incomplètement et une fistule s'établit donnant issue à une grande quantité de salive.

A Odessa, la malade subit deux interventions, ayant pour but de tarir la fistule, mais sans succès. C'est alors qu'il arriva à Toulon entre mes mains.

L'orifice fistuleux siégeait sur la ligne trago commissurale et était dû à une lésion du canal de Sténon.

Sous anesthésie locale, il fut procédé à l'extirpation complète du bloc cicatriciel. On dissèque ensuite le canal de Sténon, on le lie et le moignon est enfoui. Puis réunion des tissus sans drainage. Au bout de peu de jours, la réunion était parfaite et la guérison acquise.

OBSERVATION VIII

Même publication que précédente. Dr Petit de Lavilléon (Procédé Morestin).

Il s'agit d'un soldat atteint d'un coup de feu reçu dix-huit mois auparavant et présentant une fistule du tissu parenchymateux de la glande parotide.

M. Petit de Lavilléon suit le procédé de M. Morestin, c'est-à-dire excision totale de la fistule avec les tissus cicatriciels qui l'entourent, suture profonde appliquée sur le tissu parotidien et l'enveloppe aponévrotique de la glande, enfin suture de la peau sans drainage. En peu de jours le blessé était complètement guéri.

Procédé Leriche

Résection du nerf auriculo-temporal.

OBSERVATION IX

(Leriche, 1914).

Homme de 38 ans, porteur d'une fistule parotidienne consécutive à un coup de couteau.

La fistule siège à un travers de doigt du masséter et

conduit dans une poche du volume d'un œuf de pigeon au niveau de laquelle la pression fait sourdre de la salive.

M. Leriche pensa à une fistule du canal de Sténon : il incise la cicatrice de la blessure et découvre le canal. La plaie du canal porte très près de sa naissance et la suture directe ne peut être pratiquée. L'auriculo-temporal fut réséqué. La sécrétion fut en effet arrêtée le soir même, mais le lendemain soir le pansement était traversé, le liquide moins abondant qu'auparavant ne coulait que pendant les repas.

Vers le cinquième jour, la sécrétion s'arrêta brusquement et la fistule se ferma. Elle est depuis restée définitivement tarie.

OBSERVATION X

(Leriche).

Homme souffrant de l'estomac depuis quinze ans. Le diagnostic d'aérophagie est porté et cette aérophagie paraît due à une hypersalivation excessive. M. Leriche réséqua les deux nerfs linguaux pour agir sur les glandes sous-maxillaires et sur l'auriculo-temporal d'un seul côté.

La sécrétion salivaire diminua presque subitement. La bouche était sèche dans l'intervalle des repas, mais quand il mangeait, le malade produisait encore une quantité suffisante de salive. Au bout de cinq à six jours, la bouche redevint humide et il n'avait plus la bouche sèche que la nuit.

Le résultat désiré était obtenu.

OBSERVATION XI (inédite)

(Pr Villar et Dr Sabotier).

D....., du e d'infanterie, entre à l'hôpital complémentaire 58, à Bordeaux, pour fistule salivaire de la région malaire droite, consécutive à une blessure de la face par éclat d'obus.

Plusieurs curettages et cautérisations au thermocautère furent pratiqués sans aucun résultat, la fistule se cicatrisait pour quelques jours, puis un abcès se formait et la salive apparaissait de nouveau. Au début de septembre 1917, le Professeur Villar décide de traiter cette fistule rebelle par la résection du nerf auriculo-temporal. L'opération est pratiquée le 12 septembre 1917 : recherche du nerf auriculo-temporal au point classique, section du nerf, puis arrachement progressif de ce nerf en saisissant le chef postérieur au moyen d'une pince et en enroulant lentement le nerf autour de cette pince.

Dès le premier jour, la sécrétion salivaire par la fistule était suspendue et la cicatrisation complète était réalisée en cinq jours.

OBSERVATION XII (inédite)

(Dr Sabotier).

Karl S....., P. G. allemand, entre à l'hôpital complémentaire n° 58, à Bordeaux, pour fistule du canal de Sténon du côté droit, consécutive à une blessure de la face par éclat d'obus.

Il fut tenté plusieurs cautérisations sans résultat et, sur

les conseils du Professeur Villar, je pratiquai, le 23 octobre 1917, la résection du nerf auriculo-temporal d'après le procédé classique. La guérison était obtenue dès le quatrième jour et persista depuis.

OBSERVATION XIII

(M. Olivier).

H....., blessé au niveau de la parotide par éclat d'obus. Une fistule en est résultée qui dure depuis un an et pour laquelle le blessé entre en juin 1918 à l'hôpital de Belfort. La fistule siège au niveau du bord antérieur de la glande. Elle paraît cependant ne pas intéresser le canal de Sténon qui peut être exploré au stylet. Cet instrument, introduit également dans la fistule, se dirige en arrière et en dedans, mais le trajet est très court, qui admet l'explorateur.

La quantité de salive qui s'écoule est considérable. Cet écoulement est constant, particulièrement abondant pendant les repas. La peau de la joue est rouge, enflammée par les frottements répétés. Le blessé veut absolument être débarrassé de cette infirmité qui, dit-il, commence à lui tourner la tête.

25 juin. — Intervention : anesthésie à la cocaïne à 1/200. Incision en avant de l'oreille sur le trajet du nerf. Aussitôt je vais à l'artère temporale et bientôt trouve une branche du nerf. Je remonte vers le tronc. Les tractions étant douloureuses, quelques centimètres cubes de solution anesthésique sont injectés profondément sur le trajet du nerf. Toute sensibilité disparaît. La dissection est poussée loin en arrière et un peu en dedans du col du condyle, puis le nerf saisi avec une pince est lentement arraché par enroulement.

Hémostase très soignée. Suture intra-dermique.

Le soir même, la salive coule à peine et le pansement

est très peu souillé. Les jours suivants, je défais le pansement au moment d'un repas pour constater l'écoulement. Celui-ci est constitué par quelques gouttes d'une salive très épaisse.

5 juillet. — La fistule est tarie. Le fil de la suture intradermique a été enlevé et la cicatrice est très peu visible.

15 juillet. — L'opéré part en convalescence.

OBSERVATION XIV

(Olivier).

G..... entré, en mai 1917, à l'hôpital pour fistule au niveau de la parotide gauche due à une blessure par éclat d'obus.

20 mai 1917. — Résection du nerf auriculo-temporal.

10 juin. — Le blessé quitte l'hôpital, la fistule est tarie.

OBSERVATION XV

(Olivier).

Cette observation n'est pas celle d'une opération pour fistule, mais d'une opération préventive d'une fistule.

B..... entre à l'hôpital Saint-Jacques de Besançon pour une tumeur de la région parotidienne, au début de décembre 1916.

20 décembre 1916. — Intervention à la cocaïne. Libération de la tumeur qui, en arrière, tient à la parotide. Ligature de la faciale qui traverse la tumeur. La section en arrière semble porter dans le tissu glandulaire.

22 décembre. — Le pansement étant souillé est changé, léger œdème de la face, gonflement sous la suture.

30 décembre. — Ablation des fils. Le pansement est souillé d'un liquide clair qui filtre à travers la suture.

9 janvier 1917. — La ligne de suture étant devenue étanche, on est obligé de ponctionner tous les jours une collection contenant de 10 à 15 centimètres cubes de salive. Ces ponctions fatiguent le malade et la peau commence à présenter des signes de fistulisation prochaine. Aussi je propose une résection du nerf auriculo-temporal qui est acceptée.

10 janvier. — Résection du nerf auriculo-temporal à la cocaïne.

12 janvier. — Ponction du faux kyste.

20 janvier. — La sécrétion paraît tarie. Une ponction fut faite le 13. Depuis, il fut inutile de la renouveler.

25 janvier. — L'opéré quitte l'hôpital complètement guéri et cette guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XVI

(M. le Professeur Michel).

X....., âgé de 33 ans, entre à l'hôpital d'armée n° 1, fin septembre 1918.

Evacué d'une ambulance américaine, où on lui a extrait un éclat d'obus de la parotide droite. Dès le lendemain de l'extirpation il s'est produit un écoulement de salive. On laisse la plaie se cicatriser et il persiste une fistule salivaire que l'on traite sans succès par la cautérisation.

Un mois après sa blessure, il arrive dans le service de M. le Professeur Michel. A ce moment, il perd beaucoup de salive à chaque repas et les téguments circumvoisins sont irrités ; la fistule siège à 3 centimètres environ en avant du tragus, au niveau d'une cicatrice mesurant environ 2 centimètres de long.

La fistule est d'abord traitée par la cautérisation, suivie

d'un pansement compressif. On n'obtient aucun résultat. Le blessé, très ennuyé par la persistance de sa fistule, très incommodé par l'écoulement de la salive sur la joue, réclame une opération. Après l'avoir mis en observation une quinzaine de jours, on décide de lui faire la résection du nerf auriculo-temporal. On pratique l'anesthésie générale à l'éther, puis résection du nerf auriculo-temporal à l'endroit classique de la ligature de l'artère temporale : Traction sur le bout inférieur que l'on essaie d'enrouler sur une pince. Le nerf se laisse très difficilement attirer et l'on n'insiste pas. On cautérise alors le trajet fistuleux, puis pansement compressif. Réunion par première intention de l'incision opératoire. Le pansement est enlevé le jour.

Le soir de l'opération plus d'écoulement. Le lendemain reprise de l'alimentation. La guérison persiste. Le blessé est bientôt évacué après avoir été présenté à la réunion des médecins de l'hôpital. Il est bien évident que ce n'est pas la cautérisation qui a entraîné la guérison, puisque deux cautérisations antérieures avaient échoué : c'est bien à la résection du nerf auriculo-temporal qu'on doit le succès de l'opération.

OBSERVATION XVII

(M. le Professeur Vautrin et M. le Docteur Heully).

Nelly M....., âgée de 8 ans et demi, est admise le 10 octobre 1919 à l'hôpital civil de Nancy, salle VIII. Elle a reçu, le 17 septembre 1917, à la joue droite, un coup de fusil de chasse (plomb n° 4) tiré tangentiellement à 50 centimètres de distance. La plaie fut suturée à l'hôpital civil de Saint-Dizier où l'enfant fut transportée.

Le lendemain, le pansement était imbibé de salive, et il s'ensuivit une fistule salivaire assez abondante pour néces-

siter le port d'un pansement ; le flux salivaire augmentait au moment des repas. Cette fistule resta permanente.

En 1918, fut pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Paris une intervention sur laquelle nous n'avons aucun renseignement et qui n'amena aucune amélioration. Le 10 octobre 1919, à son entrée au service, l'état est le suivant. La joue droite est occupée par une vaste cicatrice losangique dont l'angle supérieur est dans la région malaire en arrière de l'angle postérieur, sur une ligne allant du lobule de l'oreille à la naissance du sillon naso-labial, il existe deux petits pertuis qui laissent écouler la salive. L'un est situé sur le bord antérieur de la glande à un centimètre en avant du tragus, l'autre à 13 millimètres en avant, avoisine le bord antérieur du masséter, mais reste un peu en deçà en ce point où siège volontiers le lobule erratique de la glande appelé parotide accessoire. Dans la première fistule le stylet se dirige en arrière et en dedans, dans la deuxième il va en haut et en dedans.

En raison de la direction des trajets, il y avait lieu de penser que ces fistules étaient toutes deux glandulaires, l'une tenant de la parotide principale, l'autre de la parotide accessoire.

Mais il s'agissait de fistules rebelles, durant depuis plus de deux ans et ayant résisté à une première intervention.

Le 14 octobre, incision des téguments sur une longueur de 2 centimètres et ligature du canal de Sténon. Les deux fistules continuent à donner aussi abondamment.

Cet échec absolu nous décida à tenter de tarir la sécrétion glandulaire par la névrectomie auriculo-temporale, selon le procédé de Leriche. L'intervention exécutée le 8 novembre fut simple, car nous étions en dehors du bloc cicatriciel.

Sous anesthésie générale, incision verticale de 4 centimètres en avant du tragus, recherche du nerf en partant de la temporale superficielle d'abord, puis en se guidant sur une branche en avant du pavillon que l'on suit vers le

tronc. Le nerf est comme un catgut n° 0. Dégagé jusqu'à son entrée dans la glande, il est saisi dans une pince qui l'attire assez facilement d'abord de 2 centimètres 5, et plus difficilement ensuite de 1 centimètre. Après quoi il se rompt. La névrectomie ainsi pratiquée a pris la valeur d'une véritable expérience de physiologie. Dès le deuxième jour, la fistule postérieure (parotide principale) se tarit, ne laissant suinter au moment des repas que quelques gouttes d'une salive visqueuse.

Le cinquième jour, elle était entièrement tarie. Par contre, le suintement de la fistule antérieure (glande accessoire) ne cesse pas. Il devient moins abondant, mais persiste néanmoins toute la journée, obligeant encore l'enfant à porter un pansement. Cet état se prolonge pendant trois semaines.

Puis l'écoulement cesse un jour, reprend pendant quatre jours, cesse de nouveau, reprend encore et le mois de décembre se passe au milieu de ces alternatives, la fistule donnant de moins en moins. Bref, le 4 janvier 1920, elle se tarit et depuis n'a plus rien donné.

La guérison est donc obtenue en quelques jours pour la fistule de la parotide proprement dite ; après huit semaines seulement pour celle de la glande accessoire.

CONCLUSIONS

Auquel de ces procédés allons-nous donner notre préférence ? Chaque méthode aboutit à une guérison rapide et radicale, c'est-à-dire l'arrêt de la sécrétion salivaire et partant l'oblitération de la fistule.

Ce n'est que par leur indication dans les différents cas, et certains avantages propres à chaque procédé que nous pourrons faire une différence.

D'ailleurs, est-il bien sûr qu'il faille recourir à l'un des trois procédés, Gaudier, Morestin ou Leriche, pour guérir une fistule salivaire de la parotide ?

Une grande opération n'est pas toujours indiquée. De nombreux auteurs affirment que la plupart des fistules des glandes parotides guérissent seules ou sous l'action de traitements insignifiants.

Sebileau dit avoir observé un grand nombre de fistules glandulaires ou sténoniennes et presque toutes ont guéri spontanément.

Parmi celles qui ont nécessité l'intervention, Sebi-

leau estime que l'arrachement du nerf auriculo-temporal n'a d'avantages sérieux que pour les fistules sténoniennes dont la guérison est aléatoire.

Dieulafé a essayé toute la gamme des traitements et il a eu des guérisons avec tous les traitements ; il accorde néanmoins toute sa sympathie à la résection du nerf auriculo-temporal qu'il a pratiquée onze fois et toujours avec succès dans les cinq à huit jours.

L'opération pour lui n'est difficile que lorsque les délabrements de la parotide sont graves et que le nerf est inclus dans du tissu fibreux qui gêne la dissection ou l'arrachement.

Que vaut le procédé Gaudier ? Certes, la guérison est d'emblée définitive, puisque la parotide est totalement supprimée ; mais comme Gaudier l'admet lui-même, l'opération est très délicate et disproportionnée avec la bénignité de la lésion. La dissection doit être minutieuse et attentive pour ne pas léser les nerfs faciaux et les vaisseaux carotidiens ; on n'est pas toujours sûr malgré les précautions prises de ne pas provoquer une paralysie faciale ; enfin, la cicatrice est longue, et une dépression s'aperçoit à la place de la glande absente. Ce procédé restera cependant indiqué dans les cas de tumeur de la parotide ou lorsque la glande entière est formée de tissus fibreux, ce qui ramène d'ailleurs ce procédé au procédé de M. Morestin.

Le procédé de Morestin est plus pratique et répond à la majorité des cas que la guerre a créés.

En effet, maintenant, une fistule salivaire est généralement accompagnée de délabrements et de réactions

inflammatoires des tissus parotidiens et paraparotidiens. Il s'ensuit des cicatrices disgracieuses et adhérentes à des blocs de tssus durs et fibreux souvent très gênants qu'il importe de supprimer.

La guérison de la fistule devient en somme le résultat d'une opération tentée dans un autre but qui est la suppression des cicatrices disgracieuses et la restauration esthétique de la face.

Le procédé Morestin est donc absolument indiqué lorsqu'il faudra remédier à ces cicatrices déformantes. Il ne saurait d'autre part être employé lorsque son application entraînerait de trop vastes ablations de tissu dans les délabrements trop considérables ; le remède causerait alors plus de disgrâce que d'amélioration, et lorsque la fistule repose sur des tissus souples et qu'elle est peu visible, il vaut mieux recourir au procédé de Leriche et éviter une cicatrice en pleine joue.

Morestin reproche au procédé Leriche d'être une opération compliquée, nécessitant une grande connaissance anatomique et une certaine habileté opératoire.

Les neuf chirurgiens qui ont publié les 28 interventions de résection du nerf auriculo-temporal connues, déclarent cette opération très simple, elle est d'ailleurs très séduisante et scientifique. La cicatrice est minime surtout pour le sexe masculin qui peut la cacher sous la barbe.

Quant à l'objection que beaucoup de chirurgiens émettent, c'est-à-dire l'inutilité d'une opération pour une lésion qui peut guérir à la longue sans traitement, nous dirons que le seul fait d'avancer de plusieurs

mois la guérison d'une fistule salivaire est une indication pour intervenir chirurgicalement.

Les dangers n'en sont d'ailleurs pas bien grands, puisque l'opération ne nécessite qu'une anesthésie locale et qu'à part l'incision, le bistouri n'intervient que très peu autour des zônes dangereuses du nerf facial et des vaisseaux carotidiens.

La résection du nerf auriculo-temporal est donc l'intervention de choix, c'est elle qui a fait le plus d'adeptes.

Les fistules salivaires sont des lésions gênantes, presque des infirmités qu'il conviendra d'opérer sans attendre. Nous avons un excellent procédé sous la main, il faudra l'appliquer.

Vu :
Nancy, le 22 janvier 1920.
Le Président de la Thèse,
Th. Weiss,

Vu :
Nancy, le 22 janvier 1920.
Le Doyen,
E. Meyer,

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 23 janvier 1920.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. Adam,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Le Dran. — Traité de consultations (1770).
Boyer. — Traité des maladies chirurgicales (1831).
Cadot. — Thèse Paris (1872).
Claude Bernard. — Leçons de Physiologie opératoire (1879).
Richelot. — *Bulletin Société de Chirurgie* (1882).
Coursier. — Thèse Paris (1885).
Lelon. — Thèse Paris (1879).
Tussan. — Thèse Lyon (1885).
Mollières. — *Lyon Médical* (1888).
Delarue. — Thèse Paris (1895).
Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie (1898).
Pawlov. — Travail des glandes digestives.
Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie (1898).
Poirier. — Anatomie.
Aigrot. — *Lyon Chirurgical* (mars 1914).
Duval. — *Revue de Chirurgie* (février 1914).
Morestin. — *Bulletin de la Société de Chirurgie* (juin 1915).
— *Bulletin de la Société de Chirurgie* (mars 1915).
Bulletin de la Société de Chirurgie (juillet 1915).
— *Bulletin de la Société de Chirurgie* (mai 1916).
Marion. — Technique chirurgicale (1917).
Leriche. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XLIII (1917).

Dieulafé. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XLIII (1917).
— *Presse Médicale* (1917).
Morestin. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XLIII (1917).
— Deux observations de Petit de Lavilléon et Jean, t. XLIII (1918).
Gaudier. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. XLIII (1918).
Chastenet de Géry. — *Gazette des Hôpitaux* (mars 1919).
Sabotier. — Observations inédites (1918).
Olivier. — *Lyon Chirurgical* (1919).
Michel. — Observation inédite.
Vautrin et Heully. — *Société de Médecine* et *Revue Médicale de l'Est* (janvier 1920).

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 5

AVANT-PROPOS 7

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION 9

CHAPITRE PREMIER. — Revue sommaire des anciens procédés en appliquant l'ordre chronologique 13

CHAPITRE II. — Procédés récents de traitement des fistules salivaires de la parotide 21

CHAPITRE III. — Observations 47

CONCLUSIONS 60

BIBLIOGRAPHIE 64

IMP A. CRÉPIN-LEBLOND, NANCY.

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT